

記入例

健康保険証に記載されている
番号をご記入ください

豊田通商健康保険組合 宛

出産育児一時金等支給申請書（受取代理）

申請日		2024 年 4 月 1 日	
電話番号		〇〇〇-△△△-××××	
保険証	フリガナ	ケンポ タロウ	
記号	番号	被保険者氏名	
1234	5678	健保 太郎	
出生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 1 年 6 月 1 日		
出産予定日・数	2024 年 4 月 30 日		<input checked="" type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎 () 胎
出産予定者 (家族の場合)	氏名	(フリガナ) ケンポ ハナコ 健保 花子	
	生年月日	1990 年 8 月 2 日	
出産予定 医療機関等	名称	(フリガナ) 〇〇産婦人科	
	所在地	〒 (フリガナ)	
委任状	給付金の受領を事業主に委任します。事業主経由でお支払いします。 上記のとおり申請します。 2024 年 4 月 1 日 被保険者住所 〒 〇〇〇-△△△△ 愛知県名古屋市中区〇〇〇〇△△△△×××× 被保険者氏名 健保 太郎 健康保険組合理事長 殿		
申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険の資格を喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。 ※ 健康保険法第106条の規定により、1年以上健康保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出産された場合、資格を喪失した最後の被保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。			
申請者本人の退職等により、健康保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出産することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号	保険者名		
	記号	番号	
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出産することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号	保険者名		
	記号	番号	
豊田通商健康保険組合 理事長殿			
医療機関にて証明			
年 月 日			
甲の住所 〒 〇〇〇-△△△△ 愛知県名古屋市中区〇〇〇〇△△△△××××			
氏名 健保 太郎			
乙の所在地 〒			
名称 電話 ()			
医療機関にて証明			
口座名義人 (漢字)			

◆申請ルート◆ 申請者→健保組合

2024年6月改